



## WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

## СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 10 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
АЛЛЕРГИИ	ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА		
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок завтракает каждый день.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо учится в школе.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	У моего ребенка есть близкий друг (друзья).	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Sleep _____	<input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol
Screening:	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Review Immunization Record
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Health Education: (Check all completed)
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Adequate Sleep
Social/Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Seat Belt <input type="checkbox"/> Helmets
Vision	R 20/ <input type="text"/> L 20/ <input type="text"/>	MHZ	<input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Puberty
Hearing	4000 <input type="text"/> 2000 <input type="text"/> 1000 <input type="text"/> 500 <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Passive Smoke/Smoking <input type="checkbox"/> Parenting Issues
Physical:	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> School Issues
General appearance		Abdomen <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/>	Assessment: _____
Skin		Neurological <input type="checkbox"/> Gait <input type="checkbox"/>	_____
Head			_____
Eyes			_____
Ears			_____
Nose			_____
Oropharynx/Teeth			_____
Neck			_____
Nodes			_____
Mental Health			_____
Describe abnormal findings:			
IMMUNIZATIONS GIVEN			
REFERRALS			
NEXT VISIT: 12 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (10 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening.

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

### **Total Cholesterol/Lipoprotein Screens**

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/dl.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 10 ЛЕТ

## WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

AATA

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 10 ЛЕТ

ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ																																																																												
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА																																																																												
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ																																																																														
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок завтракает каждый день.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок хорошо учится в школе.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>У моего ребенка есть близкий друг (друзья).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.</td> </tr> </table>			ДА	НЕТ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок завтракает каждый день.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо учится в школе.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	У моего ребенка есть близкий друг (друзья).	ДА	НЕТ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.																																																				
ДА	НЕТ																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок завтракает каждый день.																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо учится в школе.																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	У моего ребенка есть близкий друг (друзья).																																																																												
ДА	НЕТ																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок должным образом справляется со стрессом, гневом, разочарованием.																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.																																																																												
ВЕС, КГ/ЛУНГИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ																																																																												
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза <hr/>																																																																														
<p>Обследования:</p> <table border="0"> <tr> <td>Развитие</td> <td style="text-align: center;">Нет</td> <td style="text-align: center;">Есть</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Поведение</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Социальное/ эмоциональное развитие</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Зрение</td> <td>Прав. 20/</td> <td>Лев. 20/</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>МГц</td> <td>Прав.</td> <td>Лев.</td> </tr> <tr> <td>Слух</td> <td>4000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>500</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Нарушения:</p> <table border="0"> <tr> <td>Общий внешний вид</td> <td style="text-align: center;">Нет</td> <td style="text-align: center;">Есть</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Кожа</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Голова</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Глаза</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Уши</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нос</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ротовая полость/ зубы</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Шея</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Лимфатические узлы</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Психическое здоровье</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			Развитие	Нет	Есть		Поведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Зрение	Прав. 20/	Лев. 20/			МГц	Прав.	Лев.	Слух	4000				2000				1000				500			Общий внешний вид	Нет	Есть		Кожа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Уши	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Нос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ротовая полость/ зубы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Шея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Психическое здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Развитие	Нет	Есть																																																																												
Поведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Зрение	Прав. 20/	Лев. 20/																																																																												
	МГц	Прав.	Лев.																																																																											
Слух	4000																																																																													
	2000																																																																													
	1000																																																																													
	500																																																																													
Общий внешний вид	Нет	Есть																																																																												
Кожа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Уши	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Нос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Ротовая полость/ зубы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Шея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
<p>Питание _____</p> <p>Сон _____</p> <p><input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Холестерин</p> <p><input type="checkbox"/> Проверка карты прививок</p> <p>Санитарное просвещение: (отметьте пройденные темы)</p> <p><input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Достаточный сон</p> <p><input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Ремни безопасности <input type="checkbox"/> Шлемы</p> <p><input type="checkbox"/> Регулярные физические нагрузки <input type="checkbox"/> Половая зрелость</p> <p><input type="checkbox"/> Пассивное курение/курение <input type="checkbox"/> Проблемы воспитания детей</p> <p><input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Школьные проблемы</p> <p>Оценка: _____</p> <p>СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ</p> <p>НАПРАВЛЕНИЯ</p>																																																																														
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																																																																												
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ																																																																												

DSHS 13-685C RU (REV. 08/2001)

СМОТРИТЕ ПРЕДПИСАНИЯ

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 10 ЛЕТ

# **Здоровье вашего ребенка в возрасте 10 лет**

## **Важнейшие моменты**

**Как развивается ваш ребенок в возрасте от 10 до 12 лет.**

У вашего ребенка должны начать появляться боковые коренные зубы, клыки и малые коренные зубы.

В возрасте 10-12 лет большинство детей начинает развиваться, как взрослые. У девочек может начать расти грудь и могут начаться менструации. У мальчиков может появиться первая растительность на лице и волосы на лобке.

Поговорите с ребенком об изменениях, которые происходят в его организме, до того, как они начнутся. Мальчики должны знать о растительности на лице, изменениях голоса и «мокрых» снах. Девочки должны знать о том, что делать, когда у них начнутся менструации.

**Вы можете помочь ребенку узнать много нового, беседуя и играя с ним. Поиграйте в такую игру, которая научит его подавать сигналы руками или говорить «нет», когда незнакомый человек предлагает его подвезти.**

## **Помощь или подробная информация**

В организациях по планированию материнства/отцовства, планированию семьи, департаментах здравоохранения, общественных колледжах могут быть занятия на тему «Мама и я» или «Папа и я», которые помогут мальчикам и девочкам понять то, как они развиваются. Вы можете позвонить по телефону 1-800-375-266.

**Безопасность при хранении и обращении с огнестрельным оружием:** горячая линия по вопросам безопасного хранения – 1-800-LOK-IT-UP (565-4887).

## **Безопасность автомобильных сидений:**

Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (для лиц с нарушениями слуха и речи – TTY).

## **Советы по сохранению здоровья**

Ваш ребенок должен посещать врача с целью прохождения медицинских осмотров не реже, чем раз в два года.

Ребенок должен посещать стоматолога раз в полгода. Следите за тем, чтобы он правильно чистил зубы, делая это ежедневно и используя зубную пасту, содержащую фтор, и зубную нить.

Вы и ваш ребенок должны заниматься физическими упражнениями, по крайней мере, по 20-30 минут каждый день. Вы можете сходить на прогулку или покататься на роликах. Эта привычка, которая должна развиться у ребенка, имеет большое значение.

## **Советы по воспитанию детей**

Пусть ребенок помогает вам в составлении меню и приготовлении пищи. Это хорошее время для того, чтобы он научился выбирать разнообразную здоровую пищу.

Когда вы прикасаетесь, обнимаете или целуете ребенка, вы демонстрируете ему свою любовь и заботу. Это важно, даже если ваш ребенок может не хотеть, чтобы вы это делали в присутствии его друзей.

Скажите ребенку, что можно делать, а что нет, когда он рассержен. Способность научиться спокойно разрешать семейные споры поможет ребенку спокойно разрешать споры с друзьями.

**Советы, касающиеся безопасности**  
Установите в доме свои семейные правила безопасности:

- Проверяйте дымовую пожарную сигнализацию и при необходимости заменяйте батареи.
- Проведите своеобразные пожарные учения, потренируйтесь в выполнении таких действий, как эвакуация на случай пожара и проползание под дымовой завесой.
- Если вы держите дома пистолеты или ружья, то храните их в незаряженном состоянии и запертыми.
- Всегда пользуйтесь ремнями безопасности при поездках в автомобиле.
- Правильно используйте шлемы, а также наколенники, налокотники и т.п. для езды на велосипеде, катания на роликовых коньках или самокате. Взрослые также должны использовать шлемы и другие элементы защитной экипировки!

Учите ребенка правилам безопасности при обращении с оружием. Дети ни в коем случае не должны играть с настоящим огнестрельным оружием. Если вы держите огнестрельное оружие дома, проверяйте, чтобы оно было